**T.C.**

**NUH NACİ YAZGAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**STAJ /UYGULAMA FORMU**

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI SOYADI** |  |
| **T.C. KİMLİK NUMARASI** |  |
| **DOĞUM YERİ VE TARİHİ** |  |
| **ÖĞRENCİ NUMARASI** |  |
| **TELEFON NUMARASI** |  |
| **İKAMETGÂH ADRESİ** |  |
| **ÖĞRENİM YILI** | **202…-202…** |
| **İLGİLİ DERSİN KODU** | **FTR 226 FTR 328** |

**ÖĞRENCİ BEYANI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ADI SOYADI** |  | Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, uygulama eğitimimi adı geçen kurumda ve belirtilen tarihlerde yapacağımı taahhüt ederim.  **İMZA** |
| **TARİH** |  |

Yukarıda bilgileri yer alan öğrencimiz dahil olduğu müfredat kapsamında yapmakla yükümlü olduğu zorunlu eğitimini kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin uygulama eğitim dönemine ilişkin **20 iş gününü kapsayan “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Primi” Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenecektir.**

**EĞİTİM YAPACAĞI KURUM**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI** |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TELEFON NUMARASI** |  |
| **EĞİTİM BAŞLANGIÇ TARİHİ** |  |
| **EĞİTİM BİTİŞ TARİHİ** |  |

**KURUM YETKİLİSİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ADI SOYADI** |  | **İMZA/KAŞE** |
| **GÖREV VE UNVANI** |  |
| **TELEFON NUMARASI** |  |
| **TARİH** |  |

**UYGULAMA EĞİTİM SORUMLUSU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ADI SOYADI** |  | **İMZA/KAŞE** |
| **GÖREV VE UNVANI** |  |
| **TELEFON NUMARASI** | 0352 224 00 00 - |
| **TARİH** |  |